

## **Pour une approche constructiviste des risques de santé. De quelques leçons des recherches sur la prévention du sida**

Marcel Calvez ,  
Université européenne de Bretagne, F-35000, France  
Université Rennes 2, CNRS, ESO - UMR 6590 <sup>1</sup>

L'analyse des risques a donné lieu à une diversité d'approches dans les sciences sociales. A la suite de Renn (1992), il est possible de rendre compte de cette diversité à partir d'une dichotomie entre des approches objectivistes et des approches constructivistes. Dans les approches objectivistes, les risques sont définis comme une possibilité objective d'événements à venir dont on peut mesurer la probabilité et évaluer l'amplitude des effets. La recherche en sciences sociales considère alors les risques comme une variable indépendante et analyse les processus psychologiques et sociaux par lesquels les individus s'y adaptent. Elle privilégie les biais dans l'estimation individuelle des risques. Dans les approches constructivistes, les risques sont considérés comme une caractéristique que les individus ou des groupes attribuent à des situations marquées par des incertitudes et des dangers. La recherche en sciences sociales considère alors le risque comme une variable dépendante et les contextes sociaux et culturels comme la variable indépendante à partir de laquelle des incertitudes et des dangers acquièrent une signification pour les acteurs et participent à l'orientation normative de leurs conduites.

Cette dichotomie se retrouve pleinement dans le champ de la santé. L'approche objectiviste part des définitions épidémiologiques et médicales des risques pour analyser les réponses que les acteurs sociaux leur apportent. L'approche constructiviste porte sur le processus de construction des risques par les institutions et les acteurs sociaux. Cette dichotomie peut être regardée comme un prolongement de la distinction canonique entre les deux formes de la recherche sociologique sur la maladie (Carricaburu, Ménoret, 2004). L'approche objectiviste des risques s'inscrit dans les sciences sociales appliquées à la santé, les préoccupations des chercheurs procédant des préoccupations professionnelles issues du monde de la santé. L'approche constructiviste

---

<sup>1</sup> Papier présenté aux journées d'études *Risque et Pratiques médicales* » organisées par le Comité de recherche 13 « Sociologie de la Santé » de l'Association Internationale de Sociologie de Langue Française (AISLF) et le Groupe de Recherche Innovations et Société (GRIS), Université de Rouen ( 9 et 10 juin 2005). Paru en 2010 : Pour une approche constructiviste des risques de santé. De quelques leçons des recherches sur la prévention du sida, In : Carricaburu D., Castra M. Cohen P. (dir.), *Risques et pratiques médicales*, Rennes, éditions de l'EHESP, 215-226.

se place dans le champ général de la sociologie, les chercheurs analysant les dynamiques sociales et culturelles autour des risques de santé comme l'une des formes institutionnelles de production de la société. Cette opposition entre les deux approches prend racine dans des paradigmes opposés et mobilise des méthodes différentes de recherche. Au-delà de l'adhésion des chercheurs à ces paradigmes et à ces méthodes, elle trouve son ancrage dans des situations institutionnelles différentes. Le paradigme de l'objectivité des risques est étroitement associé à une logique d'intervention qui repose sur le postulat de la réalité de l'objet d'intervention, c'est-à-dire d'une existence indépendante de ceux qui mettent en œuvre cette intervention. Le paradigme constructiviste peut s'affranchir de cette contrainte de l'intervention pour considérer le risque par l'intermédiaire de ses effets sociaux et culturels, indépendamment des enjeux d'intervention qu'il recèle.

La prise en compte de préoccupations d'intervention dans le champ de la santé conduit les sciences sociales à se déterminer à l'égard de ces approches du risque. Cette prise en compte peut être directe, dans la réponse à des commandes de recherches finalisées dans lesquelles les risques sont un donné pour l'analyse, fondé dans la connaissance épidémiologique ou la recherche biomédicale. Elle peut également être indirecte, dans la formulation des objets de recherche et l'anticipation des usages que les connaissances produites peuvent avoir pour l'intervention. Si l'on suit la dichotomie précédente, les sciences sociales qui travaillent dans ce cadre seraient irrémédiablement vouées à être des auxiliaires de l'intervention publique et des institutions sociales qui traitent des risques. Une posture constructiviste, qui formule un point de vue autonome des sciences sociales sur les risques, serait alors incompatible avec la prise en compte d'enjeux d'intervention.

L'argument de cet article va à rebours de cette idée d'une incompatibilité. Il repose sur l'adhésion à un modèle pragmatique d'interrelation entre le savoir spécialisé et la décision politique dans le cadre des processus de rationalisation de la vie collective, tel que l'a défini Habermas (1973). Il affirme que l'adoption d'une perspective constructiviste permet aux sciences sociales de contribuer pleinement à la prise en charge collective des questions posées par les risques. Loin de se résumer à être des auxiliaires de l'action politique ou administrative, elles peuvent élaborer un ensemble de connaissances sur les réalités sociales qui les met en mesure d'engager une communication réciproque avec les décideurs politiques pour élucider les enjeux et les moyens de la prévention et pour en anticiper les conséquences sur la vie collective. Cet argument prend appui sur les recherches relatives à la prévention du sida et les enseignements qui peuvent en être tirés dans les façons d'appréhender les risques.

Les recherches relatives à la prévention du sida ont été l'occasion de mettre à l'épreuve différentes approches du risque (Bajos, Ludwig, 1995 ; Calvez, 2004). Cette notion s'est en effet imposée dès les premières années du développement de cette pathologie comme la catégorie de connaissance des enjeux sociaux du sida et le cadre de référence pour l'intervention publique. La place centrale du risque prend appui sur une représentation de la diffusion du virus et du développement de la maladie qui est issue de la surveillance épidémiologique dans laquelle il constitue un concept central (Epstein, 2001). Elle procède également d'une sensibilité culturelle aux incertitudes et aux dangers qui s'exprime par l'intermédiaire d'un vocabulaire neutre de probabilités (Douglas, 1990). Elle résulte enfin de la façon de définir les responsabilités

individuelles et les solidarités collectives nécessaires pour contrôler et pour maîtriser la circulation du virus (Calvez, 2001).

En se saisissant des questions posées par la prévention du sida, les sciences sociales ont été confrontées à des choix d'objet et de méthode pour appréhender la catégorie du risque. Par la proximité des cadres de référence de la recherche et de l'intervention publique mise en oeuvre, l'approche objectiviste s'est immédiatement imposée comme la mieux apte à relever les enjeux de la prévention. En restant à l'intérieur des présupposés de la prévention, elle a toutefois limité considérablement son potentiel explicatif. Sa contribution à l'intervention publique s'est avérée limitée dans la mesure où elle a plus évalué les effets des interventions, en fonction des catégories établies, qu'elle n'a été en mesure d'anticiper des évolutions de la diffusion sociale de la maladie aussi bien que des réponses apportées à la prévention, et d'interpeller les choix publics opérés (Calvez, 2004). Ces limites conduisent à s'interroger sur les conditions dans lesquelles une approche constructiviste des risques peut être pertinente pour produire une connaissance sociologique susceptible de répondre aux enjeux sociaux et culturels que pose le sida et pour contribuer activement à la prévention.

## **1. Le contexte institutionnel des recherches sur les risques du sida**

En France, les recherches en sciences sociales sur le sida se sont développées sous l'impulsion d'une demande institutionnelle forte dans le cadre de l'Agence nationale de recherches sur le sida et dans le contexte de politiques publiques de prévention et de prise en charge. Elles ont été appelées à contribuer à ces actions publiques en produisant des données et des analyses relatives aux risques du sida. Ce contexte institutionnel constitue le contexte dans lesquelles une approche objectiviste est mise en oeuvre.

Le rapport du Pr. Got (1989) qui a précédé la mise en place du cadre institutionnel de lutte contre le sida exprime d'une façon directe et utilitariste les attentes de recherche en matière de prévention. Le rapport repose sur une définition des risques qui articule une connaissance épidémiologique et des objectifs de prévention. Il part du postulat d'une absence de modification des comportements sexuels qu'il argumente en disant que « les Français n'auraient pas compris la nature du risque, son caractère imprévisible à partir du moment où ils adoptent une sexualité à partenaires multiples » (Got, 1989 : 102). Selon lui, le risque est une réalité objective dont la compréhension de la nature se règle par une politique volontariste dans le domaine de l'éducation et de l'information. En amont de ces actions publiques de communication, il appelle à un développement de la recherche en santé publique sur « l'importance des groupes ayant des comportements à risque » et de façon plus générale sur les comportements sexuels. Il assigne aux sciences sociales une place d'auxiliaires de la santé publique, pour étudier la variabilité sociale des conduites à risque, la taille des groupes concernés par ces conduites. Il met ainsi en oeuvre une vision centralisée à partir d'une approche de santé publique dont le risque constitue le noyau dur. Cette approche impose ses objets et ses problématiques aux sous-disciplines dont le savoir est utile et nécessaire pour l'intervention.

Les recherches qui ont mises en oeuvre dans le cadre des programmes de l'ANRS se sont, en grande partie, éloignées des recommandations du Pr. Got pour développer une approche autonome des questions posées par le sida. Cette autonomie a été rendue

possible par la distinction entre deux instances de coordination de la production de connaissances en lien avec des questions de prévention, l'une à finalité de recherche (l'ANRS : Agence nationale de recherches sur le sida), l'autre à finalité d'intervention (l'AFLS : Agence française de lutte contre le sida). Au cours de ses premiers exercices, l'AFLS a lancé des appels à projets de recherche-action et a financé des études à visée d'intervention. Les projets qui ont été retenus se sont appuyés sur la définition institutionnelle des risques et sur leur constitution en objet de l'intervention. Ils ont mobilisé les méthodes des sciences sociales pour produire des données finalisées et construire des réponses de prévention au sida. La finalité professionnelle des appels à projets de l'AFLS a, de fait, laissé un espace libre pour des recherches inscrites dans des problématiques centrales des sciences sociales et moins centrées sur des objectifs de prévention. Cet espace a pu être occupé par le secteur « Santé publique–sciences humaines et sociales » de l'ANRS qui a mobilisé les procédures d'évaluations des projets scientifiques par les pairs en vigueur dans les organismes de recherche.

L'autonomie de l'approche des questions posées par le sida a également procédé du contexte de prise en charge de la maladie. Tant que les réponses biomédicales se sont avérées peu efficaces, les chercheurs ont bénéficié d'une grande latitude dans la formulation des objets et des questions de recherche pour peu qu'ils parvenaient à relier leurs travaux à des objectifs généraux d'utilité sociale. Dès que les nouvelles combinaisons thérapeutiques ont fait preuve de leur efficacité en 1996, une réorientation des recherches en sciences sociales s'est opérée vers des études plus finalisées sur l'adhésion des patients au suivi médical et sur leur entrée dans des rôles de malades définis par les institutions de soins.

L'autonomie des sciences sociales peut enfin être rapportée aux stratégies des acteurs qui ont mis en place ce secteur de recherches et qui ont cherché à préserver et à développer un espace de travail et des objets de recherche déjà constitués. Ainsi, les enquêtes sur les réponses des homosexuels au sida (enquêtes Presse gaie) avaient été mises en place dès 1985 (Pollak, 1988). Les enquêtes KABP (Knowledge, Attitudes, Beliefs, Practices) ont été organisées en France dès 1987. Un article central avait, dès 1989, posé un cadre de référence reliant les données issues de ces études KABP et des objectifs de prévention (Pollak, Moatti, Dab, 1989). La constitution du secteur « Santé Publique –SHS » de l'ANRS a permis de consolider les programmes de recherches déjà mises en œuvre et d'organiser les enquêtes sur le comportement sexuel en prenant appui sur les recommandations du Pr. Got. Elle a également offert un espace pour des recherches, le plus souvent qualitatives, sur des situations relatives à la prévention (exposition au risques, perception des risques, représentations du sida, ...).

## **2. L'adhésion des chercheurs à une définition objective des risques**

Les sciences sociales ont connu un développement important dans le cadre des programmes de l'ANRS jusqu'à, dans une certaine mesure, se substituer à la recherche en santé publique dont le Pr. Got appelait de ses vœux le développement. Elles ont, de façon dominante, repris les définitions des risques issues de l'épidémiologie et de la prévention pour analyser leurs déclinaisons en termes de connaissances et de représentations par les sujets de la prévention et les variations sociales qui les caractérisent. Cette adhésion aux cadres de référence de la prévention s'est opérée, pour

partie, comme un choix raisonné et, pour partie, comme un choix implicite engagé par la formulation des objets de recherche dans le cadre de la commande publique de recherche.

Les recherches en lien avec des enjeux de prévention ont porté de façon centrale sur les conduites susceptibles de transmettre le virus, sur les connaissances et les représentations relatives au sida et sur l'état de l'opinion publique à l'égard des personnes séropositives et des malades. La production de connaissances a reposé sur une double acception du risque. D'une part, il a désigné les probabilités d'exposition au virus du sida et s'est alimenté à la connaissance épidémiologique et biomédicale des conditions de transmission du virus. D'autre part, il a concerné des menaces de rejet et de stigmatisation des personnes séropositives et des malades, et de façon plus générale, aux éventualités de délitement du tissu social dans un contexte de sida, ce que le ministre de la santé C. Evin appelait le « risque social » dans sa préface au rapport du Pr. Got (1989). Les recherches ont ainsi élaboré une connaissance des risques qui correspondent aux deux niveaux de l'intervention publique dans le champ de la prévention, l'adaptation des comportements et la régulation de l'opinion publique.

L'analyse des risques d'exposition au virus du sida présente un apparent paradoxe dès lors que l'on considère qu'il s'agit d'une maladie transmissible. Le risque est en effet constitué en objet de recherche en tant qu'attribut du comportement individuel. Il n'est pas analysé comme une composante éventuelle d'une interaction permettant la transmission du virus, ce qui aurait supposé d'autres cadres théoriques et d'autres méthodes de recherche. Ce paradoxe n'est qu'apparent dès lors que l'on met en évidence que le modèle de l'individu confronté à des menaces extérieures reproduit la configuration institutionnelle de référence dans l'intervention publique. En se centrant sur le comportement, les recherches sur le sida ont pu s'inscrire dans la continuité des approches épidémiologiques et médicales du sida. Elles ont travaillé dans le cadre institutionnel de la prévention, mais sans objectiver les lieux et les conditions d'énonciation de la connaissance qu'elles produisaient ni soumettre à la critique les catégories de pensée et d'analyse qu'elles mobilisent.

En délaissant les cadres sociaux dans lesquels les individus apportent des réponses à l'existence d'une pathologie transmissible et engagent des interactions susceptibles de favoriser cette transmission, cette connaissance des risques s'est heurtée à des difficultés pour apporter une explication sociologique appropriée aux transformations des situations sociales de vulnérabilité à l'égard du sida ou aux variations des comportements de prévention. Ces situations sont décrites et documentées, mais elles ne sont pas rapportées à des variables contextuelles de moyenne portée à même d'expliquer l'enchaînement des facteurs qui produisent ces situations de vulnérabilité ou qui agissent sur les comportements de prévention. Cette connaissance se limite à raffiner la surveillance de la maladie et à en entendre le champ par l'introduction de variables sociales.

Le traitement des « fausses croyances » dans le cadre des enquêtes KABP illustre l'ancrage de la connaissance des risques dans les cadres de pensée de la prévention et les limites sur lesquelles elle débouche dans l'explication des phénomènes qu'elle objective. L'enquête KABP contient des questions sur les modalités de transmission du virus du sida qui se rapportent à des interactions recelant des possibilités effectives de transmission (par exemple les. relations sexuelles sans préservatif) aussi bien que des

situations de transmission non avérée (transmission par la salive, dans les toilettes). Les réponses positives à ces situations sont qualifiées de « fausses croyances ». L'enquête contient également des questions relatives aux attitudes à l'égard des personnes séropositives et des malades qui permettent d'objectiver des tendances autoritaires dans la gestion du sida. Les « fausses croyances » occupent ainsi une place centrale dans l'identification des risques du sida, puisqu'elles renvoient tout à la fois aux fondements cognitifs des conduites de prévention et aux perceptions de danger susceptibles d'alimenter des revendications d'exclusion. L'analyse des enquêtes KABP mobilise des variables comme le capital scolaire, le sexe, l'activité professionnelle pour dresser un état des connaissances et des attitudes à l'égard du sida. Elle dresse ainsi un état de l'opinion publique qui permet d'identifier des distances plus ou moins grandes ou des ruptures à l'égard du modèle de gestion libérale du sida qui s'est mise en place en France dans la première décennie de la maladie. C'est en fonction de cette distance que les « fausses croyances » sont construites comme un indicateur principal des risques sociaux du sida.

De façon dominante, les recherches qualitatives menées dans les programmes de l'ANRS épousent les présupposés de la prévention en portant de façon prioritaire sur les représentations des risques du sida et sur les effets sur les dispositions à adopter des conduites de prévention, et en développant une attention plus particulière aux « fausses croyances » (Calvez, Paicheler, Souteyrand, 1994). Les travaux qui abordent les déterminations sociales des perceptions d'une contagion aléatoire ou généralisée du virus du sida montrent que ces perceptions trouvent leurs raisons d'être dans des situations de domination ou d'isolement social (Calvez, 2001b). Certaines personnes enquêtées trouvent dans le sida une occasion d'exprimer publiquement, ou par la truchement d'un questionnaire, une situation de déclassement social qui peut difficilement s'exprimer et être entendue par d'autres moyens. Elles nomment dans le langage public du risque des perceptions latentes de leur situation sociale. L'analyse sociologique de ces situations de déclassement social conduit à questionner la pertinence des correspondances établies par les enquêtes KABP entre des fausses croyances et des risques d'exclusion, dans la mesure où les peurs individuelles dont elles sont l'expression manquent de substrat social pour être transformées en revendications collectives. Ce sont ainsi les acceptions de la notion de risque dérivées de la prévention qui sont questionnées par ces recherches en sciences sociales.

Les approches objectivistes mobilisent une définition des risques qui n'est pas fondée dans l'expérience sociale des sujets de la prévention, mais qui procède des politiques de prévention. L'usage de cette définition institutionnelle dans la recherche réduit d'emblée les raisons des sujets de la prévention aux raisons de la prévention. La connaissance produite délaisse les questions d'interdépendances sociales, de solidarités collectives et d'adaptation des conduites qui sont posées par le sida au profit d'une approche centrée sur un sujet qui évalue ses conduites à l'aune de risques objectifs et qui rapporte ses connaissances et ses jugements à des normes générales véhiculées par les actions de prévention et de communication. Elle objective des déviations, c'est-à-dire des conduites qui ne répondent pas aux normes attendues de la prévention. Elle les rapporte à des indicateurs de position sociale qui permettent d'identifier des aires d'inefficacité de la prévention, ou des ressorts par lesquels une action peut être entreprise. Mais la connaissance reste biaisée car elle ne prend pas en compte les cadres

sociaux par lesquels les individus répondent à des situations d'incertitude et élaborent leurs perceptions des risques dans un contexte de prévention du sida.

### **3. Les conditions d'émergence d'une approche constructiviste**

La prise en compte du cadre institutionnel des recherches conduit à se demander si une alternative à l'approche objectiviste des risques est possible, ou si les sciences sociales sont irrémédiablement vouées à reprendre les définitions institutionnelles des risques comme cadre de travail. L'analyse des recherches sur la prévention du sida conduit en effet à montrer que l'adhésion à une définition objective des risques participe à l'institutionnalisation des sciences sociales de la santé comme une composante de la recherche en santé publique (Calvez, 2004). Cette définition objective favorise la circulation des connaissances entre l'épidémiologie et les sciences sociales et leur réception dans le champ de la prévention du sida. Dans les sciences sociales, elle naturalise les risques en les inscrivant dans un ordre de faits extérieurs aux réalités sociales. Elle neutralise les débats sur les attributions de responsabilité dans la transmission du virus en engageant une approche centrée sur l'individu, ses conduites et ses vulnérabilités devant un risque extérieur. Elle permet ainsi d'orienter les actions de prévention vers la diffusion d'une information objective conduisant à la prise de conscience du risque et favorisant des réponses individuelles de contrôle ou d'évitement. Face à cette institutionnalisation, une approche constructiviste des risques ne peut se développer que par l'adoption d'une posture distanciée avec les cadres et les objectifs de l'intervention. Toutefois, cette distance n'engage pas forcément un renoncement aux questions posées par l'intervention, mais elle peut favoriser un positionnement propre qui permet une communication et une interrelation avec les décideurs de l'intervention publique à partir de savoirs autonomes sur la vie sociale.

Une approche constructiviste des risques repose sur l'affirmation forte que les risques ne constituent pas une réalité objective, indépendante des acteurs sociaux, mais qu'ils sont une catégorie de pensée pour organiser la réalité et la rendre apte à l'intervention, par des procédures de calcul ou de désignation d'incertitudes et de dangers. Pour éviter des ambiguïtés dans son interprétation, cette affirmation, ne signifie pas que les incertitudes et les dangers n'existent pas, mais que le risque est une façon de se représenter ces incertitudes et ces dangers en vue d'agir sur eux. L'émergence de cette catégorie peut être rapportée à la mise en oeuvre d'une expertise scientifique et institutionnelle qui s'est développée dans différents champs de l'intervention publique. Elle est une modalité de connaissance de la réalité et elle cadre les interventions publiques sur cette réalité. Dans le domaine de la santé, il est probable que cette notion ait été vulgarisée dans les années 1970 lorsque la puissance publique a minoré sa fonction de contrôle des populations, au profit d'une fonction de conseil et d'éducation dans le cadre d'actions publiques de prévention (Berlivet, 2000). Ces usages multiples du risque en font une catégorie dont les contenus varient en fonction de ses contextes d'usage : ainsi, le risque ne revêt pas les mêmes significations pour le sujet de la prévention, pour l'épidémiologiste ou pour le concepteur de plans de communication. Ce n'est donc pas en tant que tel, mais dans les contextes de son usage social ou politique que le risque doit alors être étudié (Dean, 1999).

Avec les notions de délocalisation et de re-localisation, Giddens (1994) propose un cadre de pensée qui permet de hiérarchiser ces différents contextes d'usage du risque dans l'intervention. La délocalisation désigne, chez lui, la dissociation entre les relations sociales et les contextes d'interaction qui s'opère par l'intermédiaire de systèmes experts ou par la généralisation de la valeur d'échange et qui conduit les individus à se déterminer à l'égard d'engagements anonymes. Elle interagit avec des contextes d'action localisés, entraînant une réappropriation ou une redistribution des rôles sociaux et un ajustement des interactions, processus qu'il qualifie de relocalisation.

La prévention du sida peut être caractérisée comme un processus de délocalisation et de relocalisation d'interactions sociales qui est médiatisé par un système expert organisé autour de la catégorie du risque. Cette expertise dissocie en effet les relations par lesquelles la transmission du virus advient de leur contexte social immédiat, pour les considérer sous l'angle des risques associés aux comportements individuels favorisant une exposition au virus. Les demandes d'adaptation des conduites aux risques faites aux sujets de la prévention reposent sur cette connaissance experte et font appel à des engagements anonymes. La confiance dans la validité des principes qui sont mobilisés par la prévention est ainsi appelée à s'articuler avec les engagements de face à face par lesquels les sujets de la prévention organisent leurs relations dans des contextes localisés. Cette articulation prend des formes diversifiées, de la remise en cause des engagements de face à face et des contextes relationnels, jusqu'à l'adaptation des nouveaux engagements à des contextes stabilisés.

Le cadre de travail que propose Giddens s'avère intéressant pour agencer les différents contextes autour desquels la notion de risque est mobilisée et pour identifier des questions clés dans une approche constructiviste des risques. Loin d'une réduction technique ou comportementale, la prise en compte des contextes conduit à souligner les implications sociales de l'usage de cette catégorie dans l'intervention. La notion experte de risque promeut la responsabilité de l'individu dans le maintien de sa santé en lui proposant des alternatives de conduites qui reposent sur une connaissance des régularités dans une population conçue comme un ensemble homogène. Cette individualisation résulte de la dissociation qui est faite entre la production de santé des individus, les contextes sociaux et culturels dans lesquels elle s'opère et les attributions de responsabilités qui les caractérisent. Par cette délocalisation, l'individu est confronté à des choix en situation d'incertitude pour lesquels il doit faire confiance aux systèmes experts ou il doit puiser dans les ressources que lui offre son mode de vie pour se doter de principes pour orienter ses décisions. C'est dans ces choix que s'opère la relocalisation des relations sociales. Les réponses aux risques engagent ainsi l'adhésion des individus à un mode de vie et de relations dans sa capacité à répondre à des incertitudes ou des dangers qui sont sélectionnés comme des domaines d'intervention publique. La prise en compte des contextes sociaux dans lesquels le risque est mobilisé permet ainsi de faire émerger les enjeux sociaux et culturels des réponses aux risques (Calvez, 2001a).

Loin de s'en tenir à des questions relatives à la conformité aux normes de la prévention, l'approche constructiviste des risques permet de prendre en compte les différentes significations attribuées aux risques et les cadres sociaux dans lesquels les réponses aux risques sont générées. En instaurant les contextes sociaux comme un tiers médiateur entre l'individu et les normes de conduites qui sont véhiculées par la prévention, elle enrichit les cadres d'analyse et d'interprétation en remplaçant les risques, non pas dans un



espace abstrait et délocalisé, mais dans les contextes sociaux dans lesquels les individus agissent et gouvernent leur vie dans des situations qui peuvent être marquées par des incertitudes et des dangers. Cette analyse permet la formation d'un savoir autonome à partir duquel les sciences sociales peuvent engager des interrelations pragmatiques avec les décideurs publics en vue d'élaborer les objectifs et les moyens de l'intervention. C'est une fois ce savoir autonome constitué qu'il devient possible, dans ces interrelations, de mobiliser une approche objectiviste des risques pour analyser les réponses qui sont apportées aux normes et aux injonctions de la prévention. Cela revient, de fait, à renoncer au postulat d'objectivité des risques pour le situer comme le produit d'un cadre normatif.

\*

\*

La distinction entre l'approche objectiviste et l'approche constructiviste des risques renvoie à l'opposition entre un processus de décontextualisation des relations sociales et un processus de recontextualisation des engagements anonymes. La pratique de la recherche suppose de hiérarchiser ces dimensions. L'argument développé est que, pour englober les différents usages du risque et constituer un savoir propre aux sciences sociales sur les risques, il convient de se placer dans une approche constructiviste et de privilégier les processus de relocalisation. Cette affirmation procède de la priorité accordée à l'expérience des individus et à leurs capacités à se mouvoir dans un dédale d'institutions et d'injonctions pour organiser leur vie de tous les jours et pour en produire le sens. Elle procède également d'une critique de fond à l'égard des analyses uniquement centrées sur les processus de délocalisation. Il ne suffit pas de dire que la conception experte des risques procède de l'individualisation de la société en rapportant les individus à leur destin individuel et à leur responsabilité propre (Beck, 2001). A l'instar de Tulloch et Lupton (2003), il faut encore examiner les réponses que les individus apportent à ces injonctions en les inscrivant dans leurs contextes relationnels. C'est là qu'une approche en termes de manières de faire et de perceptions des risques fonde la pertinence d'un point de vue autonome des sciences sociales et revêt un intérêt pour l'intervention publique en contrepoint d'une approche exclusivement centrée sur la prévention, ses normes et ses raisons.

## Références bibliographiques

- Bajos N., Ludwig D., 1995, Risque construit et objectivation du risque : deux approches de l'adaptation au risque de transmission sexuelle, In : Bajos N., Bozon M., Giami A., Doré V., Souteyrand Y coord., *Sexualité et sida. Recherches en sciences sociales*, Paris, ANRS, Collection sciences sociales et sida, 199-219.
- Beck U., 2001 (1986), *La société du risque. Sur la voie d'une autre modernité*, Paris, Aubier.
- Berlivet L., 2000, *Une santé à risques. L'action publique de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme en France (1954-1979)*, Thèse pour le doctorat de science politique, Université Rennes 1.

- Calvez M., 2001a, Le risque comme ressource culturelle dans la prévention du sida, In : Dozon J.-P., Fassin D, *Critique de la santé publique. Une approche anthropologique*, Paris, Balland, Collection voix et regards, 127-144.
- Calvez M., 2001b, Les risques du sida et la précarité sociale, In : Joubert M., Chauvin P., Facy F., Ringa V. sous la dir. de, *Précarisation, risques et santé*, Paris, Les éditions INSERM, 451-466.
- Calvez M. 2004, *La prévention du sida. Les sciences sociales et la définition des risques*, Rennes, PUR collection Des sociétés.
- Calvez M., Paicheler G., Souteyrand Y. eds, 1994, *Connaissances, représentations, comportements. Sciences sociales et prévention du sida*, Paris, ANRS, Collection sociales et sida.
- Carricaburu D., Ménoret M., 2004, *Sociologie de la santé. Institutions, professions et maladies*, Paris, Armand Colin, Collection U.
- Dean M., 1999, Risk, calculable and incalculable, In : Lupton D. ed., *Risk and sociocultural theory. New direction sand perspectives*, Cambridge, Cambridge University Press, 131-159.
- Douglas M., 1990, Risk as a forensic resource, *Daedalus*, vol 119, n°4, 1-16.
- Epstein S., 2001, *Le virus est-il bien la cause du sida ? Histoire du sida 1*, Paris, les empêcheurs de penser en rond.
- Giddens A., 1994 (1990), *Les conséquences de la modernité*, Paris, L'Harmattan.
- Got C., 1989, *Rapport sur le sida*, Paris, Flammarion.
- Habermas J., 1973, *La technique et la science comme « idéologie »*, Paris, Gallimard.
- Pollak M., 1988, *Les homosexuels et le sida. Sociologie d'une épidémie*, Paris, Métailié.
- Pollak M., Moatti J.-P., Dab W., 1989, Systèmes de réaction au sida et action préventive, *Sciences sociales et santé*, VII, 1, 111-135
- Renn O., 1992, Concepts of risk: a classification. In : S. Krimsky, D. Golding (ed.), *Social theories of risk*, Westport CT and London, Praeger, 53-79.
- Tulloch J., Lupton D., 2003, *Risk and everyday life*, London, Sage Publications.